

Docteur Robert Eskenazi
Chirurgien-dentiste
78 Bd. Mirreille Lauze
13010 Marseille
0491798582

Je soussigné(e) NICOLAS CALVET

donne mon consentement éclairé au plan de traitement proposé par mon dentiste qui a réalisé le bilan clinique et étudié les examens complémentaires et qui m'a informé des autres solutions possibles pour ma réhabilitation buccale.

Je certifie avoir reçu les informations, indications et contre indications nécessaires et avoir obtenu les réponses satisfaisantes à mes questions concernant ces actes.

Fait en double exemplaires à Marseille le

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'NCALVET', with a long horizontal stroke extending to the right.

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

Conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 Août 2018)

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Ce devis est informatif, les montants des honoraires et prises en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de réalisation de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Nom Prénom : **ESKENAZI Robert**
 Identifiant du praticien RPPS :
 N° de l'établissement (FINESS) :
 Raison sociale et adresse : **SELARL de Chirurgiens dentistes 78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille**

Date du devis : **22 Juillet 2020**
 Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) :
 Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : **CALVET** **NICOLAS** de naissance : **17-02-84**
 N° de Sécurité sociale du patient : **184021305556392**

A renvoyer par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuelle prise en charge selon son contrat :

Nom de l'organisme complémentaire :
 N° de contrat ou d'adhésion :
 Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Lieu de fabrication du dispositif médical :

☒ sans sous-traitance du fabricant

☒ en France ☐ au sein de l'Union Européenne

☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée :
☐ en France ☐ au sein de l'Union Européenne

☐ hors Union Européenne (Pays) :

☐ hors Union Européenne (Pays) :

A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité).

Légende explicative du devis :

- HN = Hors Nomenclature.
- acte non décrit dans la nomenclature en vigueur
- Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont indiqués, la prise en charge déductive est définie à la date de réalisation de l'acte.

--- Matériaux et annexes :		1	Alliage Non Précipité CoCr - NF en ISO 22874	2	Résine Dent NF en ISO 22112	3	Ceramique Monocouche NF en ISO 9872
Codes		Libellés	Conditions tarifaires		Prise en charge complémentaire		
1		100% Sans	soumis à honoraires limités de facturation		sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat de responsable		
2		Mixte	soumis à honoraires limités de facturation		selon le contrat du patient		
3		Libre	honoraires libres		selon le contrat du patient		
Parier CSS		4	CSS	soumis à honoraires limités de facturation		pour les assurés affiliés au Complémentaire Santé Solidaire (CSS)	

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identification du praticien ESKENAZI ROBERT
N° de rétablissement (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : CALVET NICOLAS de naissance : 17-02-84
N° de Sécurité sociale du patient : 18402130556392

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes										
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	11	HBLD680	Couronne E-max 1-2-3-4	emax	R.0	500,00	120,00	84,00	0,00	416,00
2	12	HBLD680	Couronne E-max 1-2-3-4	emax	R.0	500,00	120,00	84,00	0,00	416,00
3	21	HBLD680	Couronne E-max 1-2-3-4	emax	R.0	500,00	120,00	84,00	0,00	416,00
4	21	HBLD680	Couronne E-max 1-2-3-4	emax	R.0	500,00	120,00	84,00	0,00	416,00
5	12	HBLD090	Inlay core pour Rac 0	emax	R.0	175,00	90,00	63,00	0,00	112,00
6	22	HBLD090	Inlay core pour Rac 0	emax	R.0	175,00	90,00	63,00	0,00	112,00
7	11	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	7,00	0,00	53,00
8	12	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	7,00	0,00	53,00
9	21	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	7,00	0,00	53,00
10	22	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	7,00	0,00	53,00
11	11	HBGD027	Ablation d'une prothèse dent	emax	H.L.	40,20	38,70	27,09	0,00	13,11
12	21	HBGD027	Ablation d'une prothèse dent	emax	H.L.	40,20	38,70	27,09	0,00	13,11
Total:							2 670,40	777,40	0,00	2 126,22

Information alternative thérapeutique - en cas de refus de charge financière, une information sur des alternatives thérapeutiques doit être fournie au patient, à l'exception de la prise en charge par la Sécurité Sociale. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un délai raisonnable.

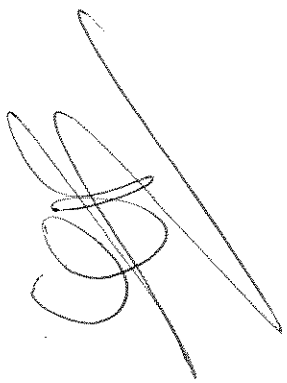
Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM, N°SAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériels utilisés (*)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (**)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Résultat qui votre patient
1	11	HBLD123	Pose d'une prothèse amovible	emax	114,00	114,00	107,00	74,90	0	39,10
2	21	HBLD123	Pose d'une prothèse amovible	emax	114,00	114,00	107,00	74,90	0	39,10
Total:						228,00	214,00	149,80	0,00	78,20

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité de choisir de son traitement
Date et signature du patient ou du (ou des) représentant(s) légal (s)(aux)

Signature du Chirurgien-dentiste

J'ai et approuvé



CLAUDE DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MARCEL LAUZE

73, Bd Mireille Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04 91 79 85 82
477 892 605 R.C.S. Marseille